

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN



"FACULTAD DE OBSTETRICIA"

"Relación entre los factores de riesgo bio-demográficos y el aborto en adolescentes en el Hospital Regional del Amazonas-Loreto"

TESISTAS:

Bach. Gladys Sofia Rodríguez Aspajo

Bach. Carmen García Saavedra

Tesis para optar el título de Obstetrix

TARAPOTO — PERU

1994



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN
TARAPOTO**

FACULTAD DE OBSTETRICIA

**RELACION ENTRE LOS FACTORES DE RIESGO BIODEMOGRAFICOS
Y EL ABORTO EN ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL
REGIONAL DE AMAZONAS-LORETO.**

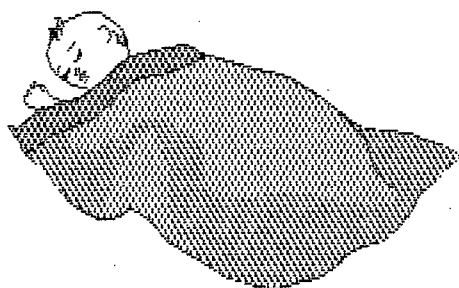
**TESIS PARA OPTAR EL TITULO
DE OBSTETRIZ**

PRESENTADO POR:

**Gladys Sofía Rodríguez Aspajo
Carmen García Saavedra**

ASESOR:

Dr. Jorge Rodríguez Gómez



IQUITOS-PERU

-1994-

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN

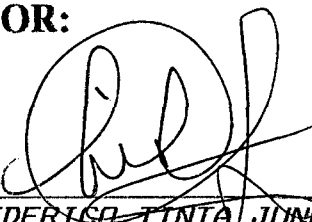
FACULTAD DE OBSTETRICIA


**"RELACION ENTRE LOS FACTORES DE RIESGO
BIODEMOGRAFICOS Y EL ABORTO EN ADOLESCENTES
EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL AMAZONAS- LORETO"**

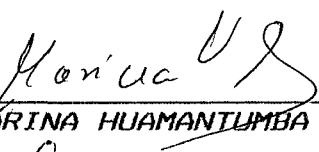
TESISTAS : GLADYS SOFIA RODRIGUEZ ASPAJO

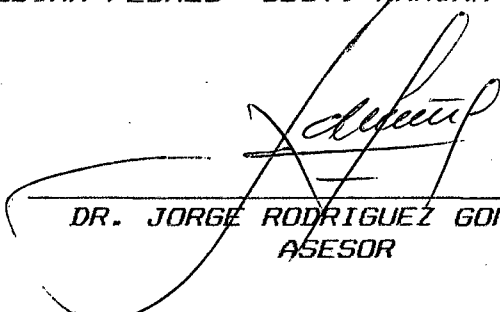
CARMEN GARCIA SAAVEDRA

JURADO CALIFICADOR:


DR. FEDERICO TINTA JUNCO
PRESIDENTE


DR. RAUL MEDINA FLORES


OBST. MARINA HUAMANTUMBA P.


DR. JORGE RODRIGUEZ GOMEZ
ASESOR

DEDICATORIA

A mis adorados padres : CARLOS Y ELENA quienes con su ejemplo y consejos sabios orientaron mi vida hacia la senda del bien y que en todo momento me brindaron ayuda espiritual, moral y material para la culminación de mi carrera profesional.

Con amor a GERZON ROJAS, quien con mucho amor, ternura y sacrificio hizo que alcanzara una de mis grandes metas trazadas .

A mis queridos hermanos: CARLOS, ELIA, MARITZA, DAYNE y DARY; por haberme brindado cariño y comprensión para hacer realidad mi anhelada profesión.

S O F I A.

DEDICATORIA

Con mucho amor a mi querida madre: ROSARIO,
a mis hermanos: JAVIER, WALTER, KROWED Y
LENER por el apoyo moral que me brindaron para
hacer realidad mi anhelada profesión.

Con cariño a mi esposo ROLDAN
quien con su amor y sacrificio
permitió que logre alcanzar una
de mis grandes metas.

Con cariño y amor a mi hija : JUNELLY
cuya presencia en mi vida fue el incentivo
para mi superación.

C A R M E N

AGRADECIMIENTO

Expresamos nuestro sincero agradecimiento y reconocimiento:

A los Doctores: JAVIER VASQUES VASQUES Y WALTER RODRIGUEZ GARCIA, Ginecoobstetras del Hospital Regional del Amazonas por habernos brindado las facilidades para el inicio de nuestro trabajo de investigación.

Al Decano de la Facultad de Obstetricia de la UNSM, Lic. JOSE QUEVEDO BUSTAMANTE por la colaboración activa en lo que respecta a trámites documentarios.

Al Doctor JORGE RODRIGUEZ GOMEZ, quien en forma desinteresada dedicó su tiempo en el asesoramiento de nuestra tesis.

Al Profesor PEDRO BALLENA CHUMIOQUE por su participación oportuna en lo que se refiere a la parte estadística del presente trabajo.

LAS AUTORAS.

I N D I C E

I. INTRODUCCION	01
II. MATERIAL Y METODOS	44
III. RESULTADOS	48
IV. DISCUSION	60
V. CONCLUSIONES	73
VI. RECOMENDACIONES	74
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	75
 A N E X O S	 81

I. —**INTRODUCCIÓN.**

¿Cuál es la relación entre los factores de riesgo biodemográficos y el aborto en adolescentes en el Hospital Regional del Amazonas - Loreto?

El aborto es un problema grave en la población femenina de nuestra región, los estudios realizados por Cabrera (1) en 1985 en la ciudad de Yurimaguas sobre la variable de fertilidad intermedia, nos presentan datos sobre el problema del aborto de 650 mujeres en edad fértil, se determinó que el índice de aborto para este grupo es de 90,5 y 77,2 por mil embarazos, relacionando el número de abortos espontáneos e inducidos ocurridos en un período con el número de embarazos terminados en el mismo período; También demuestra que un alto porcentaje de mujeres lo hace por decisión voluntaria.

Otro estudio realizado en nuestra región en el Hospital Apoyo de Iquitos, reporta que el 81% corresponde a mujeres casada y convivientes y el 19% a solteras. En 1987 el porcentaje en cuanto a abortos fueron de educación primaria (2,3), referente a

estudios realizados sobre abortos anteriores en relación al aborto habitual en la ciudad del Cuzco en el Hospital Regional, reportaron que el 45,78% de los pacientes hospitalizados por aborto, tenía un aborto previo.

Otros estudios a nivel de provincias como Chimbote, Arequipa y Cuzco el porcentaje de aborto séptico varían del 5% al 9,8% del total de abortos (4). Las tasas de mortalidad a nivel de provincias tenemos: En Arequipa en 1984, fue de 1,3% todas debido a sépsis, en Chimbote en 1987, la tasa de mortalidad fue de 13 por 10 mil abortos sépticos. En el Cuzco la tasa de mortalidad fue de 16,25 por 10 mil nacidos vivos en 1984 (4).

Si nosotros hablamos sobre edad gestacional con relación al aborto, los estudios realizados a nivel nacional en 1990 refieren que el mayor porcentaje de mujeres que abortaron fueron en la edad de 10 a 20 semanas de gestación que hacen un 32.23% (5)

Indudablemente la complicación más severa que la cadena infecciosa derivada del aborto séptico es la

muerte materna; se reporta que el 7,7% de las muertes del Hospital Rebagliatti de Lima son debidos a abortos sépticos, otros estudios en el Hospital de Lima, como en el Loayza, la mortalidad global fue el 6% del 6,8% del total de abortos sépticos, en la maternidad de Lima la mortalidad fue de 3,1 por 10 mil abortos sépticos, y la mayoría de abortos provocados fueron de educación secundaria (5,6).

Otro estudio retrospectivo realizado en la Universidad Cayetano Heredia de 34 muertes maternas por aborto séptico durante 1984 a 1986 muestra una tasa de mortalidad por aborto séptico del 71,47 por 10 mil abortos. La mortalidad fue de 35,78% de la mortalidad materna total.(7).

En nuestro país el aborto representa una de las primeras causa de morbimortalidad materna, debido a sus secuelas el aborto séptico produce pérdida temporal o total de la capacidad reproductiva (8,9,10). El aborto es un problema de salud a nivel mundial que adquiere cada vez más importancia a pesar de que el aborto se ha practicado desde hace mucho tiempo; es uno de los métodos antiguos para evitar la culminación del

4.

embarazo y hasta hace poco uno de los más peligrosos. El aborto era una práctica común en la antigua Grecia y Roma, en el antiguo testamento se puede observar una crítica de aborto, por eso esta se hizo más fuerte en la era cristiana, durante la Edad Media se condenó el aborto; como el procedimiento se practicaba en secreto, la información médica sobre los métodos y complicaciones no serán fácilmente disponibles (8,9,10). En Colombia en 1985, se produjeron 9000 egresos hospitalizados por aborto complicado en el grupo de 15 a 19 años. Un estudio de 314 mujeres embarazadas menores de 20 años en Sao Paulo - Brasil, del nivel socio económico alto, evidenció que el 80% de pacientes terminó su embarazo por aborto provocado (8,9,10). Al hablar sobre las complicaciones del aborto según encuestas realizadas en Chile y Colombia, aproximadamente 1 de cada tres abortos inducidos requieren hospitalización debido principalmente a infecciones (11).

Se estudiaron 684 historias clínicas de adolescentes menores de 18 años que fueron atendidas en el Hospital Docente Gineco Obstétrico "América Arias" durante el año 1979, procedentes de los municipios

Centro Habana y Habana Vieja (12). Se comparan los nacimientos e interrupciones de estas pacientes con el total ocurrido en el Hospital durante el período estudiado y se observa una frecuencia elevada para un grupo tan joven; se encuentra que la mayoría de las que parieron no estudian ni trabajan, mientras que las interrupciones resultaron más frecuentes en las estudiantes (12). Se estudian las condiciones de los embarazos, partos, peso y estado de los recién nacidos, así como las complicaciones de las interrupciones. Entre los resultados se destaca el bajo peso de los recién nacidos y la gravedad de las complicaciones en las interrupciones.

En los estudios epidemiológicos en Santiago (13) en 1959, se han recogido datos sobre la incidencia del aborto es elevada, especialmente en las ciudades, y constituyen un grave problema de salud a causa de la insalubre de las complicaciones de abortos constituían la causa principal de muertes en las mujeres de 15 a 33 años; y en México más de 100 000 mujeres mueren anualmente por efectos del aborto inducido (13). Otros estudios llevados a cabo por el Centro Latino Americano de demografía (CELADE) incluyeron datos en 7 ciudades

capitales de América Latina (14) ; Aunque las encuestas no hacen distinción entre abortos espontáneos e inducidos y las muestras se limitaron a las áreas urbanas, los estudios fueron importantes para documentar la magnitud general del problema (14) ; para las mujeres en edad fértil las tasas de aborto por cda. 1000 mujeres por año fueron los siguientes: Ciudad de México 37; Caracas 34; San José 33; Bogotá 26; Ciudad de Panamá 24; Buenos Aires 21 y Río de Janeiro 21 (14). El Dr. Bernard Nathuson en su libro "El Aborto en América" (15); hablando en el sentido estricto médico indica que existe una entidad independiente, biológicamente iniciada desde el momento en que el espermatozoide se une con el óvulo, se conoce que ya a los 18 días el corazón del feto comienza a latir, a los 45 días aparecen sus ondas cerebrales en un electroencefalograma, a las 8 semanas nada en el líquido amniótico; es obvio que si el feto tiene estas capacidades individuales es porque los adquirió gradualmente y evidentemente su vida comenzó mucho antes (15-16); Según San Agustín declaraba el aborto como un crimen, su seguidor Santo Tomás de Aquino dictaba que el alma no estaba infundida hasta que el embrión no estuviera formado. Decía que ningún ser

humano tenía existencia en el período temprano de la gestación sino hasta que el feto estuviera formado y creía que el aborto podría ser permitido en este período temprano, se tenía el concepto de que el feto sólo se convertía en humano cuando llegaba el momento de la nidación o formación a los 40 días para los hombres y a los 80 días para las mujeres; según Aristóteles, recalcando que aunque el embrión estuviera vivo al comienzo del embarazo, lo está en sentido de las plantas o animales (15-16). El Papa Gregorio IX en el siglo XIII declaraba que el aborto era aceptable si se hacía antes de que el feto se moviera; esta noción se mantuvo por 300 años hasta que el Papa Sixto V (1588) EFFRAENATAM condenaba en todas las personas para el aborto excepto aquellas que se practicaban el aborto de feto con alma o formado de más de 40 días; esta regla prevaleció hasta 1869 cuando el Papa Pío IX volvió a la condenación prevista por la EFFRAENATAM para el aborto (15-16) enseñanza que se ha continuado hasta nuestros días.

La Organización Mundial de la Salud en 1973 basada en el contexto de los estudios de investigación, define el aborto como la terminación del embarazo

antes de que el feto haya alcanzado la viabilidad, no sólo determinada en función del tiempo de gestación sino del peso y ocasionalmente de la longitud del feto (17-18); El aborto es la interrupción del embarazo por cualquier medio con la siguiente expulsión del feto inmaduro no viable.

En un estudio realizado por los establecimientos del Perú, (8) se reportó que puede utilizarse la duración estimada de la gestación en 24 hasta 26 semanas calculando desde el primer día del último período menstrual normal; a pesar de esto no existe un punto nítido que demarque el comienzo de la viabilidad fetal, pues el progreso de los conocimientos y recursos terapéuticos hace que hoy sean viables fetos que antes no lo eran (8).

El término aborto incluye muchas variedades de terminación del embarazo antes de la viabilidad, pero puede ser subdividido en dos grandes grupos: Aborto espontáneo y Aborto inducido (19).

Un estudio realizado en 1981, reportó que el alto número de niños que se pierden por aborto espontáneo es materia de gran preocupación (19), la tasa de abortos en este país sobrepasan los de los nacidos muertos y muertes neonatales en la pérdida de fetos.

Más o menos el 10% de todas las gestaciones terminan en aborto espontáneo debido a factores tales como : El plasma generativo deficiente, condiciones ambientales no satisfactorias, causas hormonales y muchos de otra índole etiológica no identificada (19).

El aborto espontáneo es la expulsión del producto de la concepción, sin una intervención deliberada antes de la vigésima semana de la gestación (18); Este tipo de aborto a su vez puede clasificarse clínicamente en :

a.- Amenaza de aborto, es un estado en la cual se produce hemorragia de origen intrauterino antes de la vigésima semana de gestación con dolor uterino o no, sin la expulsión del producto de la concepción y sin dilatación del cuello del útero (20). Esta tipología clínica como su nombre lo indica son abortos consumados debido a la

atención médica oportuna, sin embargo es notorio considerar que el número de mujeres que acuden a los establecimientos hospitalarios por esta causa es significativamente baja; las tasas de amenaza de aborto por cada 100 abortos terminados fluctúan entre 6 y 29, según las regiones de salud con un total de 588 casos para el año de 1977 entre Enero y Diciembre; y 284 casos para el año 1978 de Enero a Junio (8). Este tipo de aborto es cronológicamente lo más precoz de los distintos cuadros que puede presentar el aborto espontáneo; se caracteriza por signos presuntivos de embarazo (náuseas y vómitos con amenorrea previa desacompañada o sin ellos si el embarazo es de pocos días, y un útero con caracteres conocidos gestacionales y de tamaño acorde con lo correspondido al tiempo de amenorrea, aparecen dolores hipogástricos de tipo cólico que coinciden con las contracciones del útero, sin modificaciones de la forma ni dilatación alguna del cuello uterino (8).

b.- Aborto inminente, no es más que una exageración de los síntomas y signos descritos anteriormente

(dolores más intensos y sostenidos), hemorragia más abundante, con coágulos, verdadero empeoramiento clínico de la amenaza de aborto, que generalmente aparece pese al tratamiento (8).

c.- Aborto inevitable, aquí al cuadro anterior se le agrega un elemento de juicio fundamental para el diagnóstico y el pronóstico del embarazo, comienza a producirse la dilatación del cuello uterino, exageración de la sintomatología dolorosa y de la hemorragia. El cuerpo uterino puede palparse intermitentemente contraído a través del cuello dilatado, se puede alcanzar el huevo cuando las membranas están intactas (8). Los huevos pequeños pueden desprenderse y quedar retenidos en el cuello antes de expulsarse.

d.- Aborto en curso, en la que al anterior se le agrega pérdida del líquido amniótico, no siempre muy fácilmente visible en forma de hidrorrea clara, mezclando o alternando con la emisión sanguínea genital y aparición parciales o de la totalidad del huevo expulsado, que muchas veces no lo es en forma directa hacia el exterior, sino

que suele quedarse retenido en la vagina o parte de él en la misma y el resto en el cuello dilatado en la zona inferior de la cavidad uterina(8).

Por sus características evolutivas el aborto en curso puede ser:

d.1. Aborto incompleto, los restos ovulares no han podido ser totalmente eliminados de la cavidad uterina permaneciendo ésta parcialmente ocupada, el útero se mantiene blando, grande, y sin retraerse totalmente, como cuando se evacúa por completo su contenido, el cuello permanece dilatado en sus dos orificios y la hemorragia es profusa y persistente (8).

d.2. Aborto completo, en este caso el huevo ha sido expulsado espontáneamente y completamente del útero. Después de un acmé doloroso y hemorrágico, todo entra en regresión, desaparecen los dolores uterinos expulsivos, cesa completa o casi completamente la hemorragia y la matriz

recupera su tamaño y consistencia previa al embarazo (8).

d.3. Aborto diferido, recibe este nombre porque el cuadro se presenta con la muerte del huevo intrauterino, por diversas razones y no es expulsado al exterior (8).

d.4. Aborto infectado, cuando el cuadro del aborto incompleto no es solucionado con rapidez indicada y permanece durante muchas horas abierto el orificio interno del cuello uterino; son factibles las infecciones ascendentes desde la porción séptica del tracto genital hacia la cavidad uterina, hasta donde también puede arrastrarse gérmenes patógenos por la realización de maniobras quirúrgicas destinadas a completar la evacuación del huevo llevadas a cabo en forma aséptica.

Se presenta reagudización del dolor, fiebre generalmente en picos e intoxicación

general , palidez, taquicardia, escalofríos, puede haber flujo sanguíneo o purulento fétido. (8).

d.5. Aborto habitual, configura un problema complejo y desalentador, su repercusión psíquica es más dramática que la misma esterilidad, ya que ésta si bien se opone a la concepción no hace abrigar varias esperanzas. La posibilidad de llevar a término un embarazo después de 2 abortos es de 67%, y luego del tercer aborto el 25%. Es después de tres fracasos anteriores sucesivos que el caso es catalogado como aborto habitual (8)

Son innumerables las clasificaciones que agrupan, desde distintos puntos de vista las causas que pueden originar un aborto (21), en 1981 resume éstas con criterio lógico y práctico en tres grupos fundamentales .

a.- Causas orgánicas de aborto, entran en

este grupo las enfermedades que originan lesiones que pueden inducir a su producción. Pueden subdividirse en enfermedades generales como la Lúes o la TBC grave y en enfermedades locales como habitualmente son las organopatías pélvicas de todo orden genital o extragenitales que pueden provocar el aborto, por ejemplo: Infecciones genitales, tumores, displasias, hipoplasias, desgarros cervicales con deficiente contención del huevo, alteraciones propias del útero (21).

b.- Causas funcionales del aborto, forman este grupo aquellas enfermedades en las que por lo menos en un principio, sólo hay alteración de la función de órganos o sistemas que pueden interferir en la normal evolución de la gestación, lo constituyen por lo general los grandes trastornos metabólicos (Diabetes, nefropatías) y fundamentalmente las endocrinopatías ya sean éstas "extragonadales" como los distiroidismos

o las puramente gonadales, alteraciones funcionales del ovario, trofoblasto o de la placenta, que son las que forman el aborto endocrinocorial como vemos:

- 1.- Una mala producción gonadotrófica del embarazo dá lugar a una insuficiencia o una involución precoz del cuerpo amarillo gravídico del ovario, con dificultad en la procepción de la gestación (21).
- 2.- Aquellos en que una deficiencia sincicial hace que no se cumpla normalmente la producción de esteroides y progesteronas, estradial, estroma, estriol y otros metabolitos de los estrógenos (21).

En estos casos un descenso progresivo de la producción hormonal cayendo cronológicamente primero la progesterona y más

adelante los estrógenos alteran fundamentalmente en el embarazo (21).

c.- **Causas psicodinámicas del aborto**, se incluyó en este grupo a todas aquellas pacientes infértiles clínicamente sanas desde el punto de vista general y genital, en los que profundos traumas emocionales conscientes o subconscientes son la causa que provoca el aborto. Se acepta ya que definitivamente que las influencias corticales y sub-corticales, actuando sobre los núcleos grises de la base del cerebro, tálamo e hipotálamo ejercen profundas influencias nocivas sobre la antero hipófisis y directamente sobre el sistema nervioso vegetativo.(21).

El aborto inducido criminal o voluntario, por otro lado es la interrupción deliberada del embarazo por cualquier medio antes de la gestación puede ser ovular, embrionario o fetal (21). Antes del período de viabilidad fetal algunas mujeres deciden interrumpir el embarazo .

En la mayoría de los casos el aborto es inducido en una mujer sana con un embarazo no deseado o cuando se diagnostica una anomalía fetal. Este tipo de aborto es practicado en todo el mundo y constituye el grupo numéricamente más importante porque se dá en mayor proporción con una tasa de 155 de los cuales 81x1000 nacidos vivos, son abortos inducidos (20).

El aborto es un problema de salud que tiene mucha importancia a nivel nacional, ya que cumple con los requisitos de:

a.- Magnitud: Gran número de personas que afecta el aborto.

b.- Trascendencia: Importancia cualitativa y cuantitativa relacionadas con el número de personas afectadas y con el tipo de daños causados sobre la vida y salud, función y satisfacción personal o social.

c.- Previsibilidad: Posibilidad que no ocurre el daño.

d.- Beneficio: Acciones preventivas de bajo costo y beneficio alto. (5)

Refiriéndonos al Perú a pesar de haber evidenciado que el aborto data desde la época pre incaica, sin embargo en los países del mundo en desarrollo donde se practica gran cantidad de abortos legales las interesadas suelen ser en gran parte, mujeres multíparas de cierta edad; sin embargo en algunas zonas urbanas el número de adolescentes solteras y nulíparas que buscan y obtienen el aborto van en aumento. (22)

Conviene recordar que la población que forma el denominador la tasa de primer aborto comprende mujeres que no son sexualmente activas, altamente activas que se oponen por razones de conciencia o de otro tipo de aborto, que desean tener hijos y que han sido esterilizadas

o son infecundas, todo lo cual reduce efectivamente la tasa de primeros abortos. (22) Por otra parte, la población con aborto repetido está integrada por mujeres fértiles, sexualmente activas, que utilizan métodos contraceptivos insatisfactorias que no desean tener hijos y que aceptan el aborto como un medio para evitar un hijo no deseado. (23)

Adolescente embarazada es aquella cuya gestación ha ocurrido durante los dos primeros años ginecológico de la mujer (edad ginecológica (0=edad de la menarquía) y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parenteral. (10)

Las complicaciones del aborto son problemas de salud que sobrevienen en el curso evolutivo de un aborto y que dificulta, agrava o impide su curación. (10)

Factores de riesgo biodemográfico, son aquellos factores sociodemográficos relacionados con el aborto como: Edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación, religión, etc.(10)

Factor de riesgo es una característica o atributo que cuando está presente expone a la persona a una posibilidad mayor de presentar un daño (10).

Entre los factores biodemográficos de la mujer que pueden estar relacionados con el aborto se puede mencionar a los siguientes:

Edad materna, el riesgo de aborto varía con la edad de la mujer e influye tanto sobre el número de abortos necesarios para evitar todos los nacimientos durante cada año como en su capacidad de recuperación de las complicaciones del mismo (24).

El aborto sería más arriesgado para la mujer de 15 a 19 años, en quienes se estima que se requiere un promedio de un aborto por año para evitar todos los nacimientos, mientras que en edades mayores aumentan los riesgos del procedimiento del aborto, después de 35 años el descenso en la fecundidad disminuye el riesgo anual de abortos a una tasa de 63 muertes por año, por 100 000 mujeres de 40 a 44 años (24). Si en los países menos desarrollados la razón de mortalidad aumentan de 100 muertes por cada 100 000 mujeres de 15 a 19 años, hasta 168 muertes por 100 000 mujeres de 30 a 24 años y luego disminuye a 123 por 100 000 mujeres de 40 a 44 años (24).

En los análisis estadísticos de los datos sobre el aborto (25), indica que las tasas y proporciones de aborto específica para EE.UU., 1977 por 1000 mujeres se ha visto incrementada por el

grupo de mujeres más jóvenes, cuyas edades máximas están entre 18 y 19 años, seguida por una continuación disminuida hasta alcanzar una tasa muy baja entre las mujeres de 40 años (25).

La proporción de aborto presenta un esquema exactamente invertido que disminuye del grupo de mujeres más jóvenes con la tasa más baja entre los 25 y 35 años de edad en que las mujeres en la mayoría están casadas y formando una familia, seguido por un aumento hasta alcanzar la más alta proporción entre las mujeres de mayor edad, entre las cuales terminan en abortos más embarazos que los que llevan a término (27).

También se ha observado que en los países como los EE.UU, Reino Unido y Suecia una gran parte de las mujeres que abortan legalmente son menores de 20 años , mientras que en los países de

Europa Oriental predominan las mujeres de más edad (26).

Paridad, la mayoría de las mujeres del medio oriente que recurren al aborto lo hacen para limitar el tamaño de la familia. Las mujeres que abortan sus embarazos con mayor frecuencia con 3 o más hijos (24).

En muchos países de Asia la información obtenida de las mujeres y de los registros hospitalarios indican que la mayoría de las mujeres que recurren al aborto son las que tienen varios hijos vivos ; las mujeres asiáticas que obtienen el aborto generalmente lo hacen después que ha completado el tamaño deseado de sus familias (24).

En zonas de Africa, la mujer africana tiende a recurrir al aborto al principio de su vida reproductiva; su paridad es baja; en casi todos los

estudios cerca de un tercio de las mujeres no tienen hijos y muy pocos tiene más de tres y si utilizan el aborto lo hacen para espaciar los embarazos (24).

En el Hospital San Bartolomé de Lima (8), encontraron al aborto como un factor de riesgo asociado al incremento de paridad especialmente por encima de 4 -5 hijos ha sido ampliamente documentada tanto en nuestro país como fuera de él, habiendo observado un incremento significativo de numerosas complicaciones obstétricas, como enfermedades hipertensivas de la gestación y toxemia, ruptura uterina, placenta previa, hemorragia y el aborto.(8).

Intervalo intergestacional o período intergenésico (24), indican que el intervalo intergestacional más corto y prolongado deviene en riesgo de aborto

en un estudio excluyendo a las primigestas y considerando al I.IG., entre el último parto y el inicio del embarazo se encontró que algo más del 70% de los embarazos tuvieron intervalos menores de 24 meses y sólo el 18% entre 25 y 48 meses (24).

Estado Civil, en la cultura Latino Americana se hipervalora la maternidad hasta deificarla y a la mujer que tiene un hijo se le coloca en el peldaño más alto de sistemas de valores , pero al mismo tiempo se le condena al ostracismo y se le priva de todas las oportunidades si esa maternidad ocurre días antes de que un hombre , sacerdote o juez investido de poderes naturales certifica que está formalmente casada(27). Este puede ser el camino para encontrar respuesta del por qué del aborto en las mujeres solteras, el que a pesar no es más frecuente entre éste grupo , sino entre las mujeres casadas o con unión estable (27).

1.- En el caso de abortos en las solteras coincidimos con el diagnóstico del educador uruguayo (27), que dice que el actual comportamiento reproductivo de las jóvenes y sus consecuencias en el embarazo indeseado se debe a que antes existía coherencia entre las costumbres puritanas y la educación puritana que daban como resultado pocos embarazos indeseados; hoy en día estamos ante una contradicción ya que frente a costumbres permisibles se sigue manteniendo una educación puritana con la secuela de embarazos indeseados o indeseables. (27).

2.- El embarazo y el aborto legal entre solteras parece ser relativamente escaso. En un hospital del Cairo por Ejemplo sólo 11 de 147 mujeres hospitalizadas después de abortos provocados declararon ser solteras(24-27).

3.- En el aborto de las mujeres casadas, juega un papel preponderante el machismo irracional que impulsa al hombre a buscar un hijo muchas veces contra la voluntad de su compañera o esposa sólo para satisfacer su ego y afirmar su virilidad (28).

Existen también factores de orden económico - sociales que hacen difícil y a veces imposible , tanto para la mujer como para su compañero, la continuación de un embarazo que no fue buscado a nivel consciente y que a la luz de la situación específica de la pareja constituye un hecho cuyas dimensiones sólo ellos, los propios interesados e involucrados, tienen derecho a sospechar(28). Finalmente debemos agregar que la tecnología anticonceptiva disponible no es del todo lo seguro y todos los métodos en distintas proporciones fallan, y algunos de ellos sumamente empleados , como el coito interrumpido y las rítmicas

fracasan, con índices bastante elevados siendo esta una de las causas frecuentes del aborto (28).

En 1975 (29), en un estudio realizado en Arequipa 15 de agosto, encontró que mujeres casadas y convivientes presentaron mayor frecuencia de aborto (29).

Grado de instrucción, esta variable y la fecundidad es clara pero compleja entre las mujeres analfabetas y aquellas que saben leer o han llegado a algún año de primaria, la diferencia promedio es sólo de un hijo menor, se afirma que el umbral o punto clave que marca un cambio importante en el comportamiento reproductivo de las mujeres se da al concluir la primaria y las que continuaron sus estudios, el promedio del hijo se reduce notablemente(30,31); así tenemos que el promedio de hijos nacidos vivos por

mujer según nivel educativo en 1981 fue en la mujer analfabeta 718 hijas mujeres que saben leer 6,8 hijos; con primaria incompleta 6,6; primaria completa 5,3 hijos y secundaria a más de 3-8 hijos (30-31).

La curva de frecuencia del aborto en relación con las características de la educación, tienen la forma de "U" invertida; así en la investigación nacional de morbilidad de 1968 (31), los porcentajes estimados de aborto provocado ascendería desde el grupo sin instrucción al grupo intermedio para declinar en el grupo con instrucción media o superior.

La adolescencia es un período durante el cual, el individuo progresa desde el punto de la aparición de las características sexuales hasta la madurez sexual, que los procesos psicológicos del individuo y las pautas

de identificación se desarrollan, de los niños a los adultos , así como también se realiza una transición de un estado de dependencia económica total a una relativa independencia (32).

La adolescencia es un período que comienza con la adquisición de la madurez sexual y termina con la adquisición de la madurez social. Es decir, la toma de sus derechos y deberes en lo sexual , social y legal del adulto (32).

La adolescencia se ha convertido en una "clase de edad" numéricamente importante, con sus propias necesidades y sus problemas en relación con los mayores (32); es un grupo humano comprendido para algunos entre 10 - 20 años, mientras que para otros van de 13 -19 años (32), y la escuela de Psicólogos los consideran de 11 a 19 años, y los dividen en Pre- adolescencia

o adolescencia precoz, cuando sus edades van de 11 a 13 años; adolescencia propiamente dicha, cuando las edades van de 14 a 16 años y pos-adolescencia o adolescencia tardía cuando sus edades están comprendidas entre 17 y 19 años; para el presente estudio nos basamos de dichos conceptos mencionados.

El impacto del embarazo en la adolescencia es psicosocial y se traduce en deserción escolar, mayor número de hijos, fracaso en la relación con la pareja; contribuyendo a continuar el ciclo de pobreza. Se ignora el número de abortos. Así mismo, hay escasa información respecto a la sexualidad de las adolescentes latino americanas, sin embargo la observación clínica indica que la relación sexual precoz es extendida en las comunidades campesinas, las zonas sub urbanas y las clases sociales bajas de las grandes ciudades. En encuestas realizadas el 2% de las

adolescentes entre 15-19 años en Bahía Brasil, declararon tener relaciones sexuales prematrimoniales, cifra que alcanzó a un 13% en la ciudad de México y aun 22,2% en Guatemala (10). Así mismo la mitad de los embarazos de adolescentes ocurren durante los seis meses siguientes al inicio del coito (20%, el primer mes). Existe una relación directa entre las complicaciones del embarazo, el aborto y el número de semanas de embarazo sin atención médica. Esto es muy importante en América Latina, donde las muertes a raíz del aborto inducido entre las adolescentes entre 15-19 años es una de las principales causas de defunción de la población femenina en éste grupo de edad (10).

El impacto del aborto con la vida de la mujer se considera que muy poco desencadena perturbaciones psiquiátricas, sin embargo se están

llevando a cabo investigaciones en las cuales los autores clásicos condenan al aborto inflexiblemente y exigen represiones legales afirmando que las escuelas psiquiátricas son graves (33).

Estudios en Europa y EE.UU. (33), encuestando a 32 Psiquiatras sobre el número de pacientes en las que hubiese comprobado graves perturbaciones psíquicas a causa de un aborto, como resultado obtuvo que el 24% de estas no habían, los restantes indicaron ocasionalmente asistir algún caso, pero todos fueron de la opinión que la enfermedad psiquiátrica grave hubiera sobrevenido igual sin el aborto, por lo que este autor deduce que el embarazo y parto conlleva a un stress mucho más pronunciado que el aborto y concluye que en vez de ser éste un factor precipitante de enfermedad mental, sería por lo contrario una defensa contra aquellas mujeres predispuestas (33);

porque para estudiar las consecuencias psicológicas del aborto hay que tener en cuenta que no se pueden separar de todas esas situaciones íntimamente ligadas al aborto, como son las ideas y conductas personales en relación con los contraceptivos, el matrimonio, el rechazo de los hijos cuyo estudio requiere un planteamiento más profundo de lo que muchas veces es la base del estudio psiquiátrico, esas manifestaciones de degradación repercuten fundamentalmente en la vida social, y por eso lo más grave, sin duda no es la afección psíquica considerada en el paciente individual, sino el deterioro de la vida social que resulta de poner en circulación cada vez mayor número de personas que han cometido uno o varios crímenes.

El presente trabajo tiene su aplicación en la importancia de poder conocer si los factores de riesgo biodemográficos planteados como problema son adecuados

para la adolescente de la la Región de la Selva; así mismo, nos permitirá proyectarnos a la comunidad juvenil con el fin de evitar un embarazo no deseado. También permitirá dar a conocer a las autoridades de salud, universitaria para que opten las medidas adecuadas en sus programas de educación sexual, planificación familiar, paternidad responsable, enfermedades de transmisión sexual y mediante los resultados obtenidos señalar las acciones de prevención a seguir, con el objeto de disminuir la incidencia del aborto en adolescentes, en particular el aborto inducido lo cual conlleva a graves complicaciones hasta la muerte a muchas mujeres.

Nos planteamos los siguientes objetivos:

- Describir las características biodemográficas y obstétricas de las adolescentes con aborto que se atenderán en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional del Amazonas- Loreto y

- Relacionar los factores de riesgo biodemográficos que se estudiarán con el aborto en adolescentes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional del Amazonas-Loreto.

TERMINOS OPERACIONALES

.Los términos operacionales que se emplearán en el presente trabajo de investigación serán los siguientes:

- 1.- ABORTO. - Es la variable dependiente del estudio. El aborto consiste en la interrupción del embarazo por cualquier medio con la consiguiente expulsión o no del producto principal de la gestación.
- 2.- FACTORES BIDE MOGRAFICOS Y OBSTETRICOS. - Es la variable independiente del estudio. Se refiere a factores biodemográficos y obstétricos maternos de

la adolescente que puede influir en su gestación terminándolo prematuramente en aborto. Esta variable tiene las siguientes subvariables:

2.1. EDAD MATERNA DE LA ADOLESCENTE.- Son los años cumplidos referidos por la adolescente en el momento de la recolección de datos. Esta subvariable tiene dos niveles:

2.1.1.- ADOLESCENTE EN EDAD DE ALTO RIESGO.-

Son aquellas cuyas edades son de 17 a 19 años.

2.1.2.- ADOLESCENTE CON EDAD DE BAJO RIESGO.-

Son aquellas cuyas edades son menores de 11 a 16 años.

2.2. PARIDAD DE LA ADOLESCENTE.- Es el número de partos que tiene la adolescente antes de la presentación del aborto. Considerándose que el organismo de la adolescente no está idealmente adecuado para la procreación. Esta subvariante tiene dos subniveles.

2.2.1.- PARIDAD DE BAJO RIESGO.-

Son adolescentes con uno o más partos.

2.2.2.- PARIDAD DE ALTO RIESGO.-

Son las adolescentes nulíparas.

2.3. ESPACIO INTERGENESICO.- Es el período comprendido entre la fecha de la terminación del penúltimo embarazo (ya sea con producto vivo o muerto, o con pérdida fetal) y la fecha de la última regla del actual embarazo. Esta variable se subdivide.

2.3.1.- ESPACIO INTERGENESICO DE BAJO RIESGO.-

De 24 a 36 meses.

2.3.2.- ESPACIO INTERGENESICO DE ALTO RIESGO.-

De 23 ó menos meses, y de 37 a más meses.

2.4. ESTADO CIVIL DE LA ADOLESCENTE.- Se refiere a la convivencia de la adolescente con su pareja o con el padre del hijo que está gestando. se subdivide:

2.4.1.- ESTADO CIVIL DE ALTO RIESGO.-

Es la adolescente que tiene unión marital estable sea sancionada legalmente o no (o sea las casadas o convivientes).

2.4.2.- ESTADO CIVIL DE BAJO RIESGO.-

Es cuando la adolescente vive sola (soltera, divorciada, abandonada o viuda).

2.5. GRADO DE INSTRUCCION DE LA ADOLESCENTE.- Consiste en la escolaridad referida por la adolescente en el momento de la recolección de datos. Esta sub variable tiene dos niveles:

2.5.1.- ESCOLARIDAD DE BAJO RIESGO.-

Es la adolescente que tiene primaria y las analfabetas.

2.5.2.- ESCOLARIDAD DE ALTO RIESGO.-

Es la adolescente que tiene secundaria y estudios superiores.

2.6. ANTECEDENTES DE ABORTO DE LA ADOLESCENTE.- Si anteriormente ha tenido aborto ya sea espontáneo o inducido.

2.6.1.- ANTECEDENTES DE BAJO RIESGO.-

Adolescente sin antecedentes de aborto.

2.6.2.- ANTECEDENTES DE ALTO RIESGO.-

Adolescentes con antecedentes de aborto.

HIPOTESIS

Para realizar este trabajo de investigación se plantearon las siguientes hipótesis:

- 1.- El aborto es más frecuente en adolescentes con edades de alto riesgo que en aquellas de edades de bajo riesgo.
- 2.- Las adolescentes con PARIDAD DE ALTO RIESGO presentan mayor frecuencia de aborto que aquellas con PARIDAD DE BAJO RIESGO.

- 3.- Las adolescentes con ESPACIO INTERGENESICO de alto riesgo presentan mayor frecuencia de abortos que aquellas con espacio intergenésico de bajo riesgo.
- 4.- El aborto es más frecuente en adolescentes con ESTADO CIVIL estable, casadas y convivientes que en aquellas solteras..
- 5.- Las adolescentes con grado de instrucción de alto riesgo presentan mayor frecuencia de aborto que aquellas de bajo riesgo.
- 6.- El aborto es más frecuente en adolescentes con ANTECEDENTES DE ABORTO que en aquellas sin dicho antecedente.
- 7.- En las adolescentes las complicaciones del aborto están estrechamente relacionados con un tiempo de amenorrea mayor de 12 semanas.
- 8.- En las adolescentes que presentan 4 características en estudio consideradas de alto riesgo el ABORTO es más frecuente que en aquellas

con 3 ó menos características consideradas como de alto riesgo.

PLAN DE HIPOTESIS GENERAL DE ESTUDIO.

A.- HIPOTESIS DE INVESTIGACION: Existe relación entre los factores de riesgo biodemográficos y el aborto en adolescentes que acuden al Hospital Regional del Amazonas - Loreto.

B.- HIPOTESIS ESTADISTICA:

.HIPOTESIS NULA: H_0 = Niega

.HIPOTESIS ALTERNATIVA: H_a = Afirma.

"Los factores de riesgo Biodemográficos (No/Si) tienen relación con el aborto en adolescentes que acuden al Hospital Regional del Amazonas - Loreto ".

II. — MATERIAL Y METODOS

1.- TIPO DE ESTUDIO. Este trabajo es descriptivo correlacional con datos retrospectivos, con la finalidad de establecer relaciones entre las variables biodemográficas de las adolescentes y el aborto.

2.- DISEÑO DE LA INVESTIGACION.

Es el *expost - Facto*, tipo de investigación correlacional.

Grupo A	O
---------	---

Grupo B	O
---------	---

O = Observación de la medición.

Grupo A = Adolescentes con abortos y factores biodemográficos de alto riesgo.

Grupo B = Adolescentes con abortos y factores biodemográficos de bajo riesgo.

Se tomaron en cuenta los siguientes criterios para la muestra :

Se tomó en consideración el indicador de la incidencia de aborto en adolescentes en un 10%.

La muestra fue 139 Adolescentes, con aborto, como mínimo necesarios para poder corregir las variables de confusión por falta de comparación y homogenización entre los grupos A y B, se aumentó al doble el tamaño de la muestra a 280 pacientes adolescentes con aborto, para el presente estudio.

Se tomaron los datos específicos de las historias clínicas debidamente enumeradas, los cuales son referidos en el formato elaborado para este estudio.

ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS.

A.- ANALISIS E INTREPRETACION DESCRIPTIVA:

Se planteó efectuar un análisis descriptivo bivalente correspondiente a la diferencia entre proposiciones.

B.- ANALISIS E INTERPRETACION INFERENCIAL:

a.- Se comparó el grupo de adolescentes con aborto y factores biodemográficos de alto riesgo (grupo A) con el grupo de adolescentes con aborto y factores biodemográficos de bajo riesgo (grupo B), respecto a los parámetros mencionados en las hipótesis.

b.- Se utilizó el método estadístico de análisis inferencial y se aplicó un análisis tipo bivariante en el siguiente planteamiento:

- Variable dependiente nominal: Resultados obtenidos por efecto del aborto en los adolescentes en relación a los factores biodemográficos y obstétricos (dos valores).
- Variable independiente nominal: Factores de riesgo biodemográfico usados en términos operacionales del presente estudio relacionados al aborto (dos valores).

C.- TIPO DE ANALISIS INFERENCIAL:

Se utilizó el análisis Bivariante.

a). Se usó el instrumento estadístico no paramétrico:

- Ji cuadrado (χ^2)

b). Se aplicó las etapas de la prueba de significación estadística para verificar la hipótesis nula (H_0) cuando se ejecutó la investigación.



III RESULTADOS

CUADRO 1.- Relación ente los factores de riesgo bio-demográficos y el aborto en adolescentes - Hospital Regional del Amazonas - Loreto.

DIAGNOSTICO DE EGRESO DE ABORTO EN ADOLESCENTES

CLASES DE ABORTO	Nº.CASOS	PORCENTAJES
Aborto Incompleto	137	48,93
Aborto infectado	69	24,64
Aborto en curso	40	14,28
Amenaza de aborto	15	5,36
Aborto inevitable	10	3,57
Aborto frustró	08	2,36
Aborto completo	01	0,36
TOTAL	280	100,00

En el presente cuadro, el mayor porcentaje de mujeres adolescentes presentaron diagnóstico de aborto incompleto 48,93%, seguido en frecuencia por el diagnóstico de aborto infectado 24,64% y el aborto en curso 14,28%, siendo menos frecuente el aborto completo con 0,36%.

CUADRO 2.- Relación entre los factores de riesgo biodemográficos y el Aborto en Adolescentes - Hospital Regional del Amazonas - Loreto.

EDAD MATERNA DE LA ADOLESCENTE

EDAD MATERNA(años)	No.CASOS	PORCENTAJES
11 - 13	05	1,79
14 - 16	81	28,93
17 - 19	194	69,28
TOTAL	280	100,00

$$\chi^2_c = 0,83 ; \quad \chi^2_{\alpha} = 3,84 ; \quad \alpha < 0,05 .$$

En este cuadro que de alguna manera servirá para caracterizar a las mujeres que presentan o recurren al aborto, se observa que en el grupo etáreo de 17 a 19 años existe mayor frecuencia de aborto 69,28%, con $p < 0.05$, lo que corresponde a alto riesgo y el de menor frecuencia que corresponde a mujeres con edades de bajo riesgo 11 - 16 años el 30.72%.

CUADRO 3.- Relación entre los factores de riesgo biodemográficos y el Aborto en Adolescentes - Hospital Regional del Amazonas - Loreto.

PARIDAD DE LA ADOLESCENTE

PARIDAD	No.CASOS	PORCENTAJE
0	253	90,36
1 - 2	27	9,64
TOTAL	280	100,00

$$\chi^2_c = 182 ; \chi^2_t = 3,84 \quad \alpha < 0,05$$

En el cuadro 03, se observa que las mujeres adolescentes nulíparas que corresponden al grupo de alto riesgo, representan el mayor porcentaje 90,36%, con un $p < 0,05$ y el de menor frecuencia es el grupo de mujeres adolescentes de bajo riesgo con número de hijos de 1 a 2.

CUADRO 4.- Relación entre los factores de riesgo biodemográficos y el aborto en adolescentes - Hospital Regional del Amazonas - Loreto.

ESPACIO INTERGENESICO DE LA ADOLESCENTE

ESPACIO INTERGENESICO (meses)	No.CASOS	PORCENTAJE
23 ó menos	47	60,25
24 - 36	22	28,21
37 a más	09	11,54
TOTAL	78	100,00

$$X^2_c = 9,06 ; \quad X^2_t = 3,84 ; \quad \alpha < 0,05$$

Observamos la distribución de la muestra en estudio en función del espacio intergenésico. El espacio intergenésico de 23 o menos meses fue el más frecuente, teniendo en cuenta la clasificación de los niveles de riesgo en el estudio el mayor porcentaje 71,79% representan a espacio intergenésico de alto riesgo (23 o menos meses y de 37 a más meses), con un $p < 0,05$, mientras que menor porcentaje 28,21% es de espacio intergenésico de bajo riesgo (24 a 36 meses).

CUADRO 5.- Relación entre los factores de riesgo biodemográficos y el aborto en adolescentes - Hospital Regional del Amazonas - Loreto.

ESTADO CIVIL DE LA ADOLESCENTE

ESTADO CIVIL	No.CASOS	PORCENTAJE
Casada	26	9,29
Conviviente	136	48,57
Soltera	118	42,14
TOTAL	280	100,00

$$X^2_c = 6,9 ; \quad ; X^2_t = 3,84 \quad \alpha < 0,05$$

Tenemos que 136 mujeres con aborto refirieron estado civil de conviviente; cuando se considera la variable en función al riesgo el mayor porcentaje 57,86% lo constituyen las mujeres con estado civil considerado de alto riesgo (casadas y convivientes) con un $p < 0,05$, mientras que el resto 42,14% lo constituyen mujeres con estado civil de bajo riesgo (solteras).

CUADRO 6.- Relación entre los factores de riesgo biodemográficos y el aborto en adolescentes - Hospital Regional del Amazonas - Loreto.

GRADO DE INSTRUCCION DE LA ADOLESCENTE

GRADO DE INSTRUCCION	No.CASOS	PORCENTAJE
Analfabeta	02	0,71
Primaria	105	37,50
Secundaria	168	60,00
superior	05	1,79
TOTAL	280	100,00

$$X^2_c = 15,06 \quad ; \quad X^2_t = 3,84 \quad ; \quad \alpha < 0,05$$

En el cuadro 06 se observa que del total de sujetos de la muestra 61,79% representan a las mujeres con grado de instrucción de alto riesgo (secundaria y superior) con un $p < 0,05$, en tanto que el 38,21% de ellos corresponden a grados de instrucción de bajo riesgo (primaria y analfabetas).

CUADRO 7.- Relación entre los factores de riesgo biodemográficos y el aborto en adolescentes - Hospital Regional del Amazonas - Loreto.

ANTECEDENTES DE ABORTO EN ADOLESCENTES

ANTECEDENTES DE ABORTO	No.CASOS	PORCENTAJE
0	221	78,93
1	51	18,21
2 a más	08	2,86
TOTAL	280	100,00

$$X^2_c = 93,6 \quad ; \quad X^2_c = 3,84 \quad \alpha < 0,05$$

En este cuadro encontramos que las mujeres adolescentes que integran el grupo de bajo riesgo (sin antecedentes de aborto) se ha encontrado mayor frecuencia 78,93% con $p < 0,05$, mientras lo de alto riesgo (con antecedentes de aborto) presentaron la menor frecuencia 21,07%.

CUADRO 8.- Relación entre los factores de riesgo biodemográficos y el aborto en adolescentes - Hospital Regional del Amazonas - Loreto.

ASOCIACION DE FACTORES DE ALTO RIESGO Y SU FRECUENCIA
DE ABORTO EN ADOLESCENTES

ASOCIACION DE FACTORES	No. CASOS	PORCENTAJE
Con 1 Factor de Alto Riesgo	32	11,43
Con 2 Factores de Alto Riesgo	52	18,57
Con 3 Factores de Alto Riesgo	86	30,71
Con 4 Factores de Alto Riesgo	100	35,71
Con 5 Factores de Alto Riesgo	10	3,85
T O T A L	280	100,00

$$\chi^2_c = 12,85 ; ; \chi^2_c = 3,84 ; \alpha < 0,05$$

El cuadro 08 nos permite observar la asociación de los factores en estudio en su nivel de alto riesgo:

El mayor porcentaje 35,7% presenta la asociación de 4 factores de alto riesgo con un $p < 0,05$, el 30,71% corresponde a la asociación de tres factores de alto riesgo y el de menor frecuencia la asociación de 5 factores de alto riesgo 3,58%.

CUADRO 9.- Relación entre los factores de riesgo biodemográficos y el aborto en adolescentes - Hospital Regional del Amazonas - Loreto.

COMPLICACIONES DEL ABORTO EN ADOLESCENTES

COMPLICACIONES	No. CASOS	PORCENTAJE
Hemorragia	53	18,93
Sepsis	07	2,50
Infección y Endometritis	62	22,14
Ninguna	158	56,43
TOTAL	280	100,00

Aquí observamos que el mayor porcentaje 56,43% son mujeres adolescentes que no hicieron complicación, mientras que el 22,14% presentaron infección y Endometritis y el 18,93% presentaron hemorragia; sólo el 2,50% presentaron Sepsis.

CUADRO 10.- Relación entre los factores de riesgo biodemográficos y el Aborto en adolescentes - Hospital Regional del Amazonas - Loreto.

SEGUN LA CATEGORIA DEL ABORTO EN ADOLESCENTES

CATEGORIA DEL ABORTO	Nº.CASOS	PORCENTAJE
Esponáneo	108	38,57
Inducido	172	61,43
TOTAL	280	100,00

De acuerdo a lo encontrado en el cuadro 10 según la categoría de aborto en adolescentes corresponden a aborto inducido el mayor porcentaje con 61,43% y el aborto espontáneo el 38,57% del total de casos registrados en el período de estudio.

CUADRO 11.- Relación entre los factores de riesgo bio-demográficos y el aborto en adolescentes - Hospital Regional del Amazonas - Loreto.

TIEMPO DE HOSPITALIZACION

TIEMPO (días)	No.CASOS	PORCENTAJE
1 - 2	167	59,64
3 - 4	73	26,07
5 - 6	26	9,29
7 - 8	09	3,21
9 a más	05	1,79
TOTAL	280	100,00

$$\bar{x} = 2,53 \text{ días}$$

$$s^2 = 3,37$$

$$s = 1,13$$

Intervalo [1 - 4]

La frecuencia del tiempo de Hospitalización según lo demostrado en el cuadro 11 se encontró que el tiempo de hospitalización de 1 a 2 días representa el 59,64%, siendo de 3 a 4 días de hospitalización el tiempo que representa el 26.07% así como de 9 a más días los tiempos que indican el 1.79% respectivamente.

CUADRO 12.- Relación entre los factores de riesgo biodemográficos y el aborto en adolescentes - Hospital Regional del Amazonas, Loreto.

TIEMPO DE AMENORREA EN QUE SE PRODUCE EL ABORTO

TIEMPO DE AMENORREA (semanas)	No. CASOS	PORCENTAJE
Hasta 6	18	6,43
7 - 9	47	16,79
10 - 12	102	36,43
13 - 15	55	19,64
16 a más	58	20,71
TOTAL	280	100,00

En el cuadro 12 según el tiempo de amenorrea en que se produce el aborto a través de la fecha de la última regla, permiten observar el mayor porcentaje de pacientes que abortaron, lo hicieron con 10 a 12 semanas, lo que representa el 36,43%; de 16 a más semanas de amenorre el 20,71%; así como pacientes con 13 a 15 semanas de gestación, lo que representa el 19,64% y el tiempo menor de amenorrea hasta las 6 semanas corresponden al 6,43%.

IV. — DISCUSION

En la población de mujeres que ingresaron al servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional del Amazonas, por problemas de aborto el diagnóstico incompleto es el mas frecuente, seguido por el diagnóstico de aborto infectado y aborto en curso, habiéndose encontrado un porcentaje bajo de aborto completo. Otros autores reportan cifras similares a nuestro estudio (49, 50).

Las diferencias observadas son estadísticamente significativas entre adolescentes las que presentan aborto en las edades de 17 a 19 años que, en las edades de 11 a 16 años, por lo que se puede aceptar la hipótesis planteada de que las mujeres adolescentes con edad alto riesgo presentarán con mayor frecuencia abortos, que aquellas con edades de bajo riesgo. Lo referido en la literatura refuerza este hallazgo. Así Barnett (47) en un estudio realizado en Bolivia entre las pacientes hospitalizadas por aborto, cerca del 30% de las mujeres eran de 18 a 19 años de edad.

En otro estudio realizado en el Hospital Cayetano Heredia por MARADIEGUE, E; (7) sobre mortalidad por aborto séptico, la edad promedio de las pacientes fue de 27,2 años, con rango entre 14 y 43 años, el porcentaje mayor de pacientes estuvo en la tercera década de la vida con 47,06%, tuvimos 17,64% de adolescentes (pacientes menores de 20 años). El 17% de pacientes que fallecieron por aborto séptico eran adolescentes.

Para probar la hipótesis planteada "Los adolescentes con paridad de alto riesgo presentan mayor frecuencia de aborto, que aquellas con paridad de bajo riesgo". Los resultados son significativos a $p < 0,05$, lo que nos lleva a aceptar la hipótesis planteada, es decir, existe una relación significativa entre las adolescentes con paridad de alto riesgo que aquellas con paridad de bajo riesgo.

Según Barnett, B.(47) Las cifras obtenidas en 1989, el 15,2% de todos los abortos realizados entre mujeres sin hijos en Rusia, corresponde a casos de jóvenes de 17 años e incluso menores.

Según Population Reports en zonas de Africa (24) la mujer africana tiende a recurrir al aborto al inicio de su vida reproductiva, su paridad es baja, en casi todos los estudios cerca de un tercio de las mujeres no tienen hijos y muy pocos tienen más de tres y si utilizan el aborto lo hacen para espaciar los embarazos.

Confrontando con la Literatura Nacional en el Hospital San Bartolome de Lima (8) encontraron al aborto como un factor de riesgo asociado al incremento de paridad especialmente por encima 4 - 5 hijos, ha sido ampliamente documentada tanto en nuestro país como fuera de él, habiendo observado un incremento significativo de numerosas complicaciones obstétricas, como enfermedades hipertensivas de la gestación y toxemia, ruptura uterina, placenta previa, hemorragia y el aborto.

En el cuadro cuatro observamos que el aborto afecta en mayor porcentaje a las mujeres adolescentes con espacio intergenésico de alto riesgo, por lo que la hipótesis planteada "Las adolescentes con espacio intergenésico de alto riesgo presentan mayor frecuencia

de abortos, que aquellas con espacio intergenésico de bajo riesgo", queda aceptada.

En un estudio realizado por Population Reports (24) excluyendo a las primigestas y considerando el espacio intergenésico entre el último parto y el inicio del embarazo, se encontró que en más del 70% de las embarazadas tuvieron intervalos menores de 24 meses y sólo el 18% entre 25 y 48 meses.

En el cuadro 5 vemos que el aborto afecta en mayor porcentaje a las mujeres con estado civil de alto riesgo, hecho planteado en la hipótesis Nº 4 "El aborto es más frecuente en adolescentes con estado civil estable, casadas y convivientes, que en aquellas solteras".

Los datos encontrados concuerdan con la literatura en estudio realizado por CARDENAS, M; (2) en nuestra región en el Hospital Apoyo Iquitos, reporta que el 81% corresponde a mujeres casadas y convivientes y el 19% a solteras.

Según PACHECO, J; (05) en cuanto a estudios referentes al estado civil con relación al aborto a nivel nacional, el 88,12% de pacientes con abortos que fueron hospitalizadas eran casadas y convivientes, el 11,88% eran solteras.

MAYORGA, C;(29) en Arequipa, el 15 de agosto de 1975 encontró que mujeres casadas y convivientes presentaron mayor frecuencia de aborto.

En cambio, según GOMENSORO, A; (27) en un Hospital del Cairo por ejemplo, sólo después de abortos provocados declararon ser solteras.

En un estudio en Bogota por BAILEY, P;(34) en el Instituto Materno Infantil reportó que el mayor porcentaje de las mujeres fueron solteras.

Según BOEHS, A y Col (35) en un estudio realizado en San Paulo, los autores estudiaron en una maternidad de Florianopolis, un período de 6 meses, todas las pacientes que fueron hospitalizadas para tratamiento de complicaciones recurrentes de aborto provocado, identificaron que el 70% de 50 mujeres entrevistadas

eran solteras y el 86% tenían edades comprendidas entre 17 y 20 años.

Con la hipótesis planteada "Las adolescentes con grado de instrucción de alto riesgo presentan mayor frecuencia de aborto que aquellas de bajo riesgo".

Estudios realizados en la ciudad de Lima en cuanto al aborto provocado, la mayoría fueron de educación secundaria. Otro estudio realizado en la ciudad de Iquitos en 1987 por Cárdenas, M (2) el mayor porcentaje en cuanto a abortos fueron de educación primaria. ULLOA, V. y Col. (12) estudiaron 684 historias clínicas de adolescentes menores de 18 años que fueron atendidas en el Hospital Docente de Gineco Obstetricia "América Arias" durante el año 1979, procedentes de los municipios Centro Habana y Habana Vieja. Se comparan los nacimientos e interrupciones de estas pacientes con el total ocurrido en el Hospital durante el período estudiado y se observa una frecuencia elevada para un grupo tan joven. Se encuentra que la mayoría de los que parieron no estudian ni trabajan, mientras que las interrupciones resultaron más frecuentes en los estudiantes.

Con la hipótesis planteada "El aborto es más frecuente en adolescentes con antecedentes de aborto que en aquellas sin dicho antecedente".

Confrontando la literatura CHAVEZ, L;(3) Sobre abortos anteriores en relación al aborto habitual en la ciudad del Cuzco en el Hospital Regional, reportaron que el 45,78% de las pacientes hospitalizadas por aborto, tenía un aborto previo.

En un estudio realizado en el Hospital Docente de la Universidad de Calabar en Nigeria por Barnett (47) mostró que el 72% de las pacientes hospitalizadas por complicaciones de abortos era menor de 20 años de edad, el 58% eran estudiantes y el 11% habían tenido un aborto con riesgos anteriormente.

Otro estudio realizado por BAILEY (34) realizado en otro Hospital de la ciudad de la Paz, Bolivia reporta que el 55,6% de pacientes hospitalizadas tenían antecedentes de un aborto previo.

Para probar la hipótesis 8 "En las adolescentes que presentan cuatro características en estudio consideradas de alto riesgo, el aborto es más frecuente que aquellas con tres características consideradas como de alto riesgo", nos permite aceptar la hipótesis planteada aceptando que cuando el número de factores de alto riesgo estudiadas es de 4 a más en una mujer, mayor será el riesgo de aborto en la población en estudio.

Espinoza, L; y Col (45) en un estudio clínico epidemiológico del aborto en mujeres chilenas se realizó una encuesta a 1480 mujeres que egresaron con el diagnóstico de aborto durante el año 1983 y se procedió a realizar una descripción epidemiológica de esta población, distintas variables como edad, paridad, estado civil, escolaridad, nivel socio económico, planificación familiar, antecedentes de aborto, edad de gestación del embarazo y confesión de maniobras obstétricas.

Al determinar el perfil epidemiológico de la mujer con mayor riesgo de aborto, nos encontramos que éste no ha variado durante estas últimas dos décadas a pesar de

los programas de paternidad responsable, por lo que el aborto sigue constituyendo un problema de salud pública, ocupando un lugar destacado entre los pobladores maternos de nuestro medio.

Según los resultados obtenidos en el cuadro 9 deducimos que, al realizarse el aborto en adolescentes la complicación más frecuente es la infección y Endometritis. Numéricamente representa que una de cada 5 abortos inducidos requiere hospitalización debido principalmente a infecciones.

Resultado que concuerda con el estudio realizado por VIEL, B; (11) al hablar sobre las complicaciones del aborto según encuestas realizadas en Chile y Colombia, aproximadamente uno de cada tres abortos inducidos requieren hospitalización debido principalmente a infecciones.

Según el Ministerio de Salud (8) en nuestro país el aborto representa una de las primeras causas de morbilidad materna, debido a sus secuelas el aborto séptico produce pérdida temporal o total de la capacidad reproductiva.

Según estudios realizados a Nivel Nacional en 1990 por PACHECO, J y Col (5), reportan que el 19,47% de pacientes que se hospitalizaron fue por aborto provocado, donde el 38,99% fue aborto séptico.

En otro estudio por TACO, E. y Col (4) a nivel de provincias como Chimbote, Arequipa y Cusco el porcentaje de aborto séptico varía de 5 a 9,8% del total de abortos, en Arequipa en 1984 las tasas de mortalidad fueron de 1,3% todas debido a sepsis, en Chimbote en 1987 la tasa de mortalidad fue de 13×10 000 abortos sépticos.

FALMA, R y Col (8), en un estudio efectuado en Lima, determinó que del total de pacientes atendidas por aborto 95% fue por hemorragias, 40% por infecciones y el 2% por shock séptico.

En el cuadro 10 la frecuencia del aborto inducido es elevada 61,13% constituyendo un grave problema de salud en adolescentes que a menudo se practican esta operación.

Confrontando la literatura en estudios realizados por PACHECO, J. y Col (5), sobre la incidencia de abortos espontáneos y provocados en el Perú en 1990, de 1936 casos de aborto hospitalizados el 80,53% fueron espontáneos y el 19,47% fueron provocados.

Según BAILEY, P. (34), estudios en Bolivia de 4371 mujeres por aborto, el 77,3% fueron espontáneos y el 22,7% fueron provocados.

Según ARAQUE, A y Col (41) en el Hospital San José de Bogotá durante el primer semestre de 1982, según datos estadísticos, se atendieron 394 casos de aborto provocado, para un porcentaje 49,8% y 623 legrados para un porcentaje de 51,6% abortos espontáneos lo cual nos da una tasa de mortalidad de 8 abortos por cada nacimiento sobre una población de 4820 nacidos vivos.

ACUNA, L. (46), hace una presentación de 4 casos de pacientes que recurrieron en estado de desesperación por embarazos no deseados a técnicas abortivas peculiares en la forma mediante la cual trataron de llevar a cabo su cometido.

En un estudio realizado por BARBARA, B. (47) en Bolivia, entre los casos de pacientes hospitalizados por complicaciones de abortos inducidos, cerca del 39% de mujeres menores de 18 años se habían sometido a abortos provocados de forma ilegal; entre las mujeres de 18 - 19 años de edad, dicha cifra fue del 30%.

El tiempo de hospitalización de una paciente adolescente con diagnóstico de aborto, está en intervalo entre 1 a 4 días, en el cuadro representa el 85,71%.

Una adolescente en el hospital puede haber estado hospitalizada máximo 4 días, mínimo 1 día y en promedio 2,5 días.

Al presentar la hipótesis que "En las adolescentes las complicaciones del aborto están estrechamente relacionadas con un tiempo de amenorrea mayor de 12 semanas". Esto se demuestra en el cuadro 12 que de 280 casos de aborto, 102 se han realizado cuando las adolescentes han tenido un tiempo de amenorrea de 10 a 12 semanas, ésta frecuencia que es la mayor del total de abortos representa el mayor porcentaje.

Este valor concuerda con PACHECO, J. y Col (5) en estudio realizados a nivel nacional en 1990, refieren que el mayor porcentaje de mujeres que abortaron fueron en la edad de 10 a 20 semanas de gestación que hace un 32,23%.

En cambio según CASTELL, M.; y Col (37), se analizan 158391 interrupciones realizadas en los hospitales de ciudad de la Habana durante 5 años de 1978 a 1982 y se pone de manifiesto que las interrupciones no han disminuido en estos últimos 5 años, así como que el mayor número de interrupciones se realizan en gestaciones de menos de 12 semanas, se concluye que las interrupciones se han duplicado en el segundo trimestre de la gestación en las gestantes de menos de 19 años .

V. CONCLUSIONES

1. El aborto incompleto es el diagnóstico más frecuente en la población en estudio, habiéndose encontrado un porcentaje relativamente bajo de aborto completo.
2. Con respecto a las características biodemográficas de las mujeres adolescentes que son generalizables a la población en estudio se puede decir que las mujeres entre 17 y 19 años de edad, nulíparas, con espacio intergenésico de 23 meses o menos y de 37 meses a más, con unión marital estable (casadas y convivientes) con grado de instrucción secundaria y superior, son las que mayor riesgo de aborto presentan.
3. Las mujeres adolescentes que no tuvieron antecedentes de aborto previo, son las que mayor porcentaje presentan, hallazgo contradictorio a nuestra hipótesis planteada y a la literatura encontrada, lo cual requiere su explicación a través de futuros esfuerzos de investigación.

VI. RECOMENDACIONES

1. Observando los resultados encontrados en el estudio realizado, podemos indicar que se debe dar orientación adecuada sobre sexualidad, planificación familiar al grupo de adolescentes y a los padres, a fin de prevenir los embarazos no deseados que son muy frecuentes. Estas acciones contribuirían, como factores coadyuvantes, en las acciones de prevención a seguir a fin de disminuir la incidencia del aborto. Esto a su vez permitiría la reducción de las tasas de morbi-mortalidad materna.
2. Los programas de planificación familiar y paternidad responsable deben ser dirigidos a hombres, mujeres adolescentes, padres de familia y comunidad en general; con la finalidad de evitar embarazos no deseados y por consiguiente el aborto.

VII.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- CABRERA, R.; Perinatalidad, Crecimiento y Desarrollo en el Perú, Edic. Aniedad, Edit.Efesosa, Lima, 1985, pp. 19-21.
- 2.- CARDENAS, M. ; Factores Psico-biodemográficas realizados con el aborto en el Hospital de Apoyo - Iquitos; Tesis (Br); 1987, pp. 88.
- 3.- CHAVEZ, L. ; Aborto en el Hospital Regional del Cuzco 1964-1984, IX Congreso de Obstetricia y Ginecología, 1987, pp. 85.
- 4.- TACO, E. ; SELIS, F. ; LINARES, N. ; LINARES, J. ; VELA, R. ; ZUNIGA, E. ; Aborto Séptico en el Hospital Regional Honorario Delgado, Arequipa 1980-1984, IX Congreso de Obstetricia y Ginecología, 1987, pp. 75.
- 5.- PACHECO, J. ; GEISINGER, E. ; VALDIVIA, P. ; Salud Materna y Perinatal, Lima-Perú, 1983, pp. 12-13-14-15.
- 6.- FIGUEROA, M. ; Epidemiología del Aborto Inducido en el Hospital Cayetano Heredia, Julio-Diciembre, 1987, en Tesis Doctorales en Medicina, UPCH, 1961-186, pp. 140.
- 7.- MARADIEGUE, E. ; Mortalidad por Aborto Séptico en el Hospital Cayetano Heredia, Acta Médica Peruana, 1987; 1(14):55, 57.
- 8.- MINISTERIO DE SALUD, Dirección General de Salud Materna - Infantil, El Aborto en los Establecimientos de Salud; Tesis (Br); 1980.
- 9.- CERVANTES, R. ; WATANABE, T. ; Muerte Materna y Muerte Perinatal en los Hospitales del Perú, 1988; 2(8): 35, 45.

- 10.- SILBER, T. ; MUNIST, M. ; MADDALENO, M. ;
SUAREZ, E. ; Manual de Medicina de la
Adolescencia, Publicación de la O.P.S. 1982, pp.
473 - 475.
- 11.- VIEL, B. ; El Aborto Inducido, Seminario Taller
de Salud Materna y Riesgo Reproductivo, Aborto y
Esterilización, Lima - Perú, Sociedad Peruana de
Obstetricia y Ginecología; 1983; pp; 40, 45.
- 12.- ULLOA, V. ; ACOSTA, R. ; RODRIGUEZ, N. ;
RUIZ, I. Fertilidad en la adolescencia, Edic. 17ª,
Rev. Cuba, Obstet. Ginecol; 1985; 11(2): 205 -
13.
- 13.- GASLONDE, S. ; Medidas de Fecundidad y aborto;
CELADE; Santiago; 1976; pp. 14.
- 14.- OMRAN, A. ; Salud Materno Infantil, Fecundidad y
Salud; Experiencia Latinoamericana OPS- OMS;
1984; pp, 12-13-14-15.
- 15.- NATHAUSON, B. ; El Aborto en América, Atulananda
Das; Adhikary; 1985; 2(10) : 50.
- 16.- NOONAN, J. ; Contracepción, Combiddoe, Mass
Harvard University Press, 1966; 10(4): 90.
- 17.- LADER, L. ; Abortion, New York, The Bobbs Merril
Co. Inc; 1986; 1(6) : 37.
- 18.- SMITH, D. ; Enfermería Médico Quirúrgico, Edic.
Tercera, Edit. Interamericana, 1978, pp.838.
- 19.- REEDER, Sh. ; Enfermería Materno Infantil, Edic.
Segunda, Edit. OPS, 1981, pp.21.
- 20.- BEN-ZION, T. ; Urgencias en Obstetricia y
Ginecología, Edit. Médica Panamericana S.A;
Buenos Aires, 1984, pp89-102.
- 21.- SCHWARCZ, R. ; DUVERGES, C. ; DIAZ, A. ;

- FESCINA, R. ; Obstetricia, Edic. Cuarta, Edit. "El Ateneo", Buenos Aires Argentina, 1986, pp.153-154-155-156-157-158.
- 22.- HARLAP, S. ; Lata Sequelae of Induced Abortion Complications and Eutcome of Pregnancy and Labour, American Journal of Epidiology, 1975, 6: 102-217-224.
- 23.- DALING, J. ; Inducet Abortion and Subsequent Pregnancy Eutcome, New Enyand Journal of Medicine, 1977 : 1241- 1245.
- 24.- POPULATION REPORTS, Interrupción del Embarazo, serie F, Nº 7, Mayo, 1981, pp.f2.
- 25.- TIETZE, C. ; Induced Abortion, 1975 Factbook, Reports on population and family Planning, Diciembre, 1975.
- 26.- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, Aborto Provocado, Manual de Resoluciones, Ginebra, 1984, 2(1): 10-57.
- 27.- GOMENSORO, A. ; Fertilidad Voluntaria, Mimeografiado, Publicado por Aufirch, Montevideo, 1978, 4(2): 3-4.
- 28.- ALLER, L. ; Aborto diagnóstico y Soluciones, Educación y Comunicación en Salud de la OMS, 1966, pp.3-4.
- 29.- MAYORGA, C. ; Diagnóstico Precoz del Embarazo e Incidencia de Aborto en C. Joven, 15 de agosto Arequipa, 1974-1975- pp.20-25-38.
- 30.- CENTRO DE DOCUMENTACION SOBRE LA MUJER, Nuestra Fecundidad y Nuestra Salud, Edit. OPS; Nº 2, 1981, pp.3-13-17.
- 31.- AGUALIMPIA, C. ; Hechos Demográficos,

- Investigación Nacional de Morbilidad, Ministerio de Salud, ASCOFA- ME, Bogota, 1968, pp.30.
- 32.- BACHMANN, C. ; Adolescencia, Riesgo Reproductivo, Edit. OMEGA S.A; Perú, CONCYTEC, 1978, PP.13-14.
- 33.- VELA, P. ; Influencia del Factor Socio-Económico en la Incidencia de Aborto Provocado en una Población Sub-urbana de Iquitos; UNAP; Facultad de Enfermería; Tesis (Br); 1978,pp.43.
- 34.- BAILEY, P. ; Estudio Hospitalario del Aborto Ilegal en Bolivia Bol. ofic; sanit.; panam 1980 104(2): 114.
- 35.- BOESH, E. ; SANTOS, K. ; HASSE, M.; Aborto Provocado; Estudio Epidemiológico descriptivo; numa maternidad de Florianapolis; Santa Catarina.
- 36.- ACOSTA, R. ; CASTRO, A. ; CHAVEZ, J.; "y col"; Aborto Inducido como Problema de Salud en el Perú; Departamento de Salud Pública; UPCH; 1986; pp, 381.
- 37.- CASTELL, A. ; Morbilidad, Mortalidad y complicaciones de las interrupciones del embarazo en la provincia ciudad de la Habana; años 1978 - 1982; Rev. Cuba. Obstet.Ginecol; 1978-1982; 12 (2): 137-45.
- 38.- TORRES, L. ; CHAVEZ, H. ; Aborto en el Hospital Regional del; Cusco; IX Congreso de Ginecología y Obstetricia; 1964-1984; pp, 85.
- 39.- SCHOR, N. ; Aborto Como Problema de Salud Pública:Estudio de demanda de mujeres que recurren al Hospital por complicaciones de

- aborto; Sao Paulo; s.n. ; 1984, Ilus, Mapas, Tab; pp.163.
- 40.- FIGUEROA, C.; GUEVARA, N.; RIVERA, F.; Aborto. Consideraciones Epidemiológicas; Hospital III-IPSS -Chimbote; IX congreso de Ginecología y Obstetricia; 1987; pp,78.
- 41.- ARAQUE, S.; BAEZ, E.; BARBOZA, C.; "y Col" Estudio Epidemiológico del Aborto Provocado en el Hospital San José durante el primer semestre de 1982; Bogotá; s.n.; 1982; pp 103.
- 42.- GUTIERRES, C.; Infecciones severas post-aborto; Diagnóstico 1987; 20 (1): 5-13.
- 43.- PINHEIRO, S.; BARRETO, E.; ALMEIDA, C.; Abortamento séptico Rev. Obras gineol. Obstet; 1988; 10(6): 133-6.
- 44.- PEREDO, C.; PRADA, R.; Estudio médico social del aborto; Rev. boliv. Ginecol. Obstet; 1989; 12 (1): 5 - 9.
- 45.- ESPINOZA, L.; MUÑOZ, H.; NUNES, A.; MAYERSON, D.; Estudio clínico Epidemiológico del Aborto; en mujeres chilenas; Rev. chil.obstet; ginecol; 1985; 50(4) : 278 - 85.
- 46.- ACUNA, G. ; BARANY, Arpad; Curiosas Maniobras Abortivas; Rev. Obstet-Ginecol; Venezuela; 1985; 45(4); 218-9.
- 47.- BARNETT, B.; Los Jóvenes se exponen a abortos de alto riesgo; Rev. Network en español; 1994; 1 (3): 13-14.
- 48.- PALMA, R. ; LINARES, W. ; Aborto en la maternidad de Lima en los adolescentes. Acta Médica peruana ; 1985; 6(12):20.

- 49.- MONTEVERDE, I.; YANQUE, R. ; MINI, E.; MEZA, R.; Aborto: Estudio estadístico; Hospital maternidad de Lima 1984: 30 - 32.
- 50.- FLORES, J.; Morbi-mortalidad en el Hospital Regional del Amazonas ; Tesis (Br); 1993: 18-20 32.

A N E X O

RELACION ENTRE LOS FACTORES DE RIESGO BIODEMOGRAFICOS Y EL ABORTO
EN ADOLESCENTES- HOSPITAL REGIONAL DEL AMAZONAS - LORETO.

H.C. Nº	<input type="text"/>		
1.- EDAD :	<input type="text"/>	AÑOS	
2.- ESTADO CIVIL:	SOLTERA	<input type="text"/>	CASADA <input type="text"/>
	CONVIVIENTE	<input type="text"/>	VIUDA <input type="text"/>
3.- GRADO DE INSTRUCCION:	PRIMARIA	<input type="text"/>	SECUNDARIA <input type="text"/>
	SUPERIOR	<input type="text"/>	ILETRADA <input type="text"/>
4.- ABORTOS ANTERIORES:	SI	<input type="text"/>	NO <input type="text"/>
	SI LOS HUBO, CUANTOS?	<input type="text"/>	
5.- DIAGNOSTICO DE INGRESO		
6.- EDAD GESTACIONAL	<input type="text"/>	SEMANAS	
7.- COMPLICACIONES:	HEMORRAGIA	<input type="text"/>	X SEPSIS <input type="text"/>
	INFECCION - ENDOMETRITIS	<input type="text"/>	X SHOK HIPOVOL. <input type="text"/>
	X SHOCK SEPTICO	<input type="text"/>	X PERFORACION <input type="text"/>
	X HISTERECTOMIA	<input type="text"/>	
8.- DIAGNOSTICO DE EGRESO.....			
ABORTO ESPONTANEO	<input type="text"/>	ABORTO PROVOCAD	<input type="text"/>

9.- Mortalidad POR ABORTO:

SI

NO

10.- CAUSA DE MUERTE.....

11.- TIEMPO DE HOSPITALIZACION

DIAS